UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 8

L'OPÉRATION DE DOYEN

DANS

LE PROLAPSUS UTÉRIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1909

PAR

Robert BOYER

Né à Paris, le 10 octobre 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, Professeur, *Président.* / GILIS, Professeur / VIRES, Agrégé / SOUBEYRAN, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

L'OPÉRATION DE DOYEN

DANS

LE PROLAPSUS UTÉRIN

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN
ÉMILE CROUZET

ÉTUDIANT EN MÉDECINE

R. BOYER.

A MA MÈRE

En témoignage de ma vive reconnaissance.

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MES FRÈRE ET BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE ET A CELLE DE MA FEMME

R. BOYER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

R. BOYER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0117

AVANT-PROPOS

Au début de ce modeste travail, couronnement de mes études médicales, je me fais un agréable devoir d'exprimer ma profonde gratitude à tous ceux qui de près ou de loin m'aidèrent à l'édifier.

C'est d'abord ma mère : que le souvenir pénible des sacrifices qu'elle a consentis pour moi soit en partie effacé, puisqu'elle voit son fils atteindre aujourd'hui la carrière qu'elle ambitionnait pour lui. C'est la première échéance de la dette que j'ai contractée envers elle.

C'est ensuite ma femme, compagne des bons et des mauvais jours, dont le dévouement inlassable et la fidèle amitié m'ont toujours soutenu aux heures de lassitude et de découragement. Durant ces trois dernières années, s'efforçant d'aplanir devant moi les difficultés de la vie, et de me rendre le travail agréable et facile, elle a contribué pour une grande part au succès final de mes études.

Au seuil de ma vie d'étudiant j'ai trouvé dans mon frère le guide sûr et dévoué qu'il fallait à ma jeune inexpérience. Plus tard, séparés par les exigences de la vie, un exil lointain aux colonies ne l'a pas empêché de me témoigner aussi souvent qu'il l'a pu l'intérêt qu'il por-

tait à ma réussite dans la vie. Sois assuré, mon cher Eugène, de ma vive reconnaissance.

Je n'aurais garde enfin d'oublier mes beaux-parents dont l'aide dévouée ne me fut pas moins précieuse.

C'est ensuite à tous nos maîtres que vont nos remerciements : ceux de l'Ecole de Marseille, puis ceux de la Faculté de Montpellier. A ces derniers nous exprimons tous nos regrets de n'avoir pu suivre aussi longtemps que nous l'aurions voulu leur précieux enseignement.

M. le professeur Tédenat nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici le respectueux hommage de notre vive gratitude.

C'est sur l'inspiration de M. le professeur agrégé Soubeyran que fut écrite cette thèse. Qu'il nous soit permis de lui en exprimer ici notre reconnaissance et de lui dire combien nous ont vivement touché la bienveillance et l'amabilité avec lesquelles il nous a accueilli !

M. le professeur Gilis, MM. les agrégés Vires et Soubeyran ont bien voulu faire partie de notre jury de thèse. Nous les prions d'accepter nos plus vifs remerciements.

L'OPÉRATION DE DOYEN

DANS

LE PROLAPSUS UTÉRIN

INTRODUCTION

Lorsque, sur les conseils d'un des maîtres de cette Faculté, nous avons entrepris d'étudier l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin, notre première idée a été tout d'abord de ne pas nous borner à l'étude d'un seul procédé. Mais nous avons bien vite reconnu que notre travail ne venait pas à son heure, et qu'il ne restait plus rien à glaner après tant d'auteurs qui se sont occupés excellemment de cette question. D'innombrables travaux ont, en effet, été publiés sur cet important sujet de gynécologie opératoire, et nous n'avons même pas la prétention de tous les citer, ni de tous les connaître.

Mais nous avons été surpris de voir que parmi tous les procédés complaisamment décrits et étudiés avec détail dans des articles de Revues, dans des thèses inaugurales ou même dans des travaux de longue haleine, aucune place à part n'était faite à l'opération que le docteur Doyen

a proposée aux chirurgiens dès l'année 1887. Nous en avons seulement trouvé la description dans deux Traités de technique opératoire : la Technique chirurgicale de Doyen (1897) et le livre 6 des prosecteurs de Paris. Le Traité de Monod et Vanverts qui la décrivait également dans sa première édition l'a supprimée de son édition plus récente (1908).

Nulle part enfin nous n'avons trouvé l'étude détaillée de ses indications et de ses avantages spéciaux. C'est ce qui nous a décidé à l'entreprendre aujourd'hui.

Notre travail comprendra les divisions suivantes :

1° Technique opératoire de l'opération de Doyen. Nous insisterons tout particulièrement sur ses cinquième et sixième temps, auxquels nous conseillons d'associer, ce qui, croyons-nous, n'a jamais encore été fait, la myorraphie antérieure des releveurs de l'anus (procédé de Chaput), opération efficace, mais d'une technique souvent fort difficile, et la myorraphie postérieure des mêmes releveurs (procédé de Pierre Duval et Proust) ;

2° Indications de l'opération de Doyen. Ce sont d'ailleurs évidemment celles de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin ;

3° Ses avantages ;

4° Quelques observations ;

5° Nous formulerons enfin, en quelques mots, les conclusions qui se dégagent de cette étude.

CHAPITRE PREMIER

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE DOYEN

Le grand danger de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin, celui qu'il faut s'efforcer d'éviter, c'est la blessure de la vessie. Etroitement accolée à l'utérus dont la sépare seulement le cul-de-sac vésico-utérin, cavité toute virtuelle à l'état physiologique, la vessie est constamment entraînée dans le prolapsus de la matrice ; elle descend avec la paroi vaginale antérieure (cystocèle) et il est souvent difficile de reconnaître sa limite inférieure au milieu des tissus hypertrophiés et indurés qui l'entourent.

C'est même, pourrait-on dire, l'écueil du procédé de Pozzi, qui directement attaque au bistouri la paroi vaginale antérieure prolabée, et peut fort bien sans s'en douter atteindre la vessie immédiatement sous-jacente.

Doyen, et nous nous rangeons à sa manière de voir, préfère ouvrir largement le cul-de-sac de Douglas toujours facilement accessible, et faire basculer l'utérus par

cette brèche, ce qui lui permet de décoller la vessie de haut en bas.

Le procédé dont il a donné la description dans sa Technique chirurgicale (page 512) comprend 6 temps que nous devons essayer de décrire.

1er Temps. — **Ouverture du cul-de-sac de Douglas et extraction de l'utérus.**

Le col est attiré en haut et en avant de façon à bien découvrir le cul-de-sac vaginal postérieur (ou plus exactement ce qui avant le prolapsus était le cul-de-sac postérieur), et l'on pratique en ce point avec de forts ciseaux une section transversale de la muqueuse vaginale. La face postérieure de l'utérus apparaît aussitôt entre les lèvres béantes de la muqueuse ainsi sectionnée. On trace alors au bistouri une incision longitudinale et médiane sur cette face de l'utérus, incision qui va de la partie postérieure du col jusqu'au péritoine qu'elle vient ouvrir au point le plus déclive du cul-de-sac de Douglas. Les doigts introduits dans la plaie agrandissent l'orifice péritonéal, la main y pénètre, va accrocher le fond de l'utérus, et, le faisant basculer en arrière, l'amène au dehors.

2e Temps. — **Hémisection postéro-antérieure de l'utérus et décollement de la vessie.**

On reprend alors l'incision au point où on l'avait laissée sur la face postérieure de l'utérus, et on la continue

successivement sur le fond de l'organe, puis sur sa face antérieure que l'on parcourt en sens inverse, c'est-à-dire en allant du corps vers le col. On ouvre ainsi facilement le cul-de-sac péritonéal antérieur, ou cul-de-sac vésico-utérin. On pose alors le bistouri et avec un instrument mousse, de préférence une sonde cannelée, ou mieux encore avec les doigts, on sépare par une sorte de clivage la face postérieure de la vessie de la face antérieure de l'utérus.

Terminant alors au bistouri l'hémisection de la matrice, section que l'on poursuit jusqu'au museau de tanche, on ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur. On libère le pourtour du col en achevant de disséquer la collerette vaginale. Puis le col est arraché aussi loin que possible, avec les doigts, de ses connexions ligamentaires inférieures.

Certains utérus ne donnent pas de sang : d'autres, au contraire, sont le point de départ d'une abondante hémorragie en nappe. Quelques pinces sont placées, s'il y a lieu, sur les points qui saignent.

A ce moment de l'opération, l'utérus est divisé en deux parties absolument indépendantes, complètement libérées de leurs connexions inférieures, et qui ne tiennent que par les ligaments larges insérés, comme nous le savons, à droite et à gauche du fond de l'utérus.

3e Temps. — **Rotation et ligature des ligaments larges.**

L'opérateur prend alors successivement chaque moitié de la matrice ainsi divisée et lui imprime une rotation de

180 degrés. Ce mouvement de torsion se communique aux ligaments larges qui prennent la forme de cordons spiroïdes d'un diamètre inférieur à celui du petit doigt. Leur calibre est encore réduit par l'emploi de la pince à écrasement progressif, spécialement construite pour cet usage sur les indications de l'inventeur du procédé. On pratique alors la ligature des pédicules de la manière suivante : Chaque ligament large est d'abord lié en masse, puis le fil est passé par transfixion au-dessous de la première ligature et noué de nouveau à deux reprises. Les pédicules ligamentaires sont ainsi étranglés circulairement, puis par deux moitiés, la double transfixion de ces pédicules assurant la fixité des ligatures. Les fils sont laissés longs et saisis de chaque côté avec une pince à forcipressure.

4e Temps. — **Fermeture du péritoine et section des ligaments larges.**

Partagé en deux moitiés indépendantes l'une de l'autre, l'utérus pend à la vulve. La vessie, qui fait hernie, est repoussée dans la profondeur à l'aide d'une compresse maintenue entre les mors d'une pince. Les deux lambeaux péritonéaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, sont attirés et mis en évidence. On procède alors comme dans la laparotomie à la toilette du péritoine. Un fil de soie est passé tout autour de l'orifice séreux béant et disposé comme le cordon d'une bourse. Il faut veiller à ce que le fil traverse à droite et à gauche les ligaments larges à quelques millimètres au-dessus de leur ligature. Un bon

moyen indiqué par l'auteur pour rendre plus apparentes, au cours de cette manœuvre, les lèvres de la collerette péritonéale consiste à pratiquer alternativement sur les deux moitiés de l'utérus des tractions bilatérales qui, en l'abaissant, mettent en évidence la ligne de section du péritoine pelvien.

Le fil étant convenablement disposé, ainsi que nous l'avons indiqué, il faut exercer sur chacun de ses deux chefs des tractions progressives de manière à froncer avec soin et à clore complètement l'ouverture péritonéale. La vessie, qui tend à faire hernie lorsqu'on retire la compresse qui la maintenait en place, se réduit progressivement, grâce à l'occlusion de l'orifice. On résèque alors les ligaments larges au-dessous des ligatures précédemment posées. Les deux moitiés de l'utérus libérées de leurs attaches supérieures sont enlevées. Le fil passé à l'orifice péritonéal est complètement serré, noué, puis coupé au ras du nœud.

5e Temps.— **Colporraphie et myorraphie antérieures.**

L'opération de Doyen, si elle se bornait à l'hystérectomie telle que nous venons de la décrire, serait forcément incomplète et probablement inefficace. « L'hystérectomie, dit Pozzi, n'est qu'un temps complémentaire, quoique initial, de l'opération complexe du prolapsus utérin. » Il faut toujours lui joindre la colporraphie antérieure qui corrige le prolapsus vaginal antérieur, et la colpopérinéorraphie qui fait disparaître le prolapsus vaginal postérieur et s'oppose à sa reproduction en con-

solidant le périnée. L'ablation de l'utérus répond en effet en pareil cas à l'indication principale, mais ne peut remédier au relâchement de la vulve. L'hystérectomie pour prolapsus doit donc être complétée par la réfection du plancher périnéal et par la résection de tout ce qui est exhubérant de la muqueuse vaginale.

Le procédé de choix pour la colporraphie antérieure considérée comme 5e temps de l'opération de Doyen nous semble devoir être la méthode de l'avivement triangulaire de Doléris. On achève de séparer la vessie de la paroi antérieure du vagin, et on résèque une bonne partie de cette paroi de manière à produire une large perte de substance triangulaire que l'on suture dans le sens transversal par surjet ou par points séparés.

A la colporraphie ainsi pratiquée nous considérons comme très utile d'associer l'opération connue sous le nom de myorraphie antérieure ou suture des releveurs de l'anus immédiatement en arrière de la vessie. Certainement, la matrice enlevée, le prolapsus génital ne risque plus de se produire ; mais l'opérée reste sous la menace d'un prolapsus de la vessie et de la paroi vaginale antérieure.

La myorraphie antérieure paraît un bon moyen d'obvier à cette éventualité fâcheuse, ainsi qu'il résulte d'une étude fort bien conduite de Mme le docteur Bëis dont nous nous bornerons à reproduire la conclusion principale:

« La myorraphie antérieure place la vessie sur un plancher résistant, combat donc le cystocèle, élément prépondérant du prolapsus utérin. »

Nous devons cependant ajouter que, pour bonne qu'elle soit, la myorraphie antérieure des releveurs de l'anus

présente souvent de réelles difficultés de technique qui peuvent en rendre l'exécution impossible.

6e Temps.— **Colpopérinéorraphie.**

C'est le dernier temps de l'opération. Doyen l'exécute suivant un procédé mixte d'avivement et de dédoublement. Il dédouble la cloison recto-vaginale et résèque un large triangle de muqueuse vaginale.

Grâce à une suture longitudinale, le vagin se trouve considérablement rétréci, alors que le périnée est allongé.

Nous croyons pouvoir conseiller, et pour les mêmes raisons que plus haut, c'est-à-dire pour prévenir le rectocèle ou chute du rectum, d'associer à ce procédé de colpopérinéorraphie la myorraphie postérieure des releveurs de l'anus, telle qu'elle a été décrite et réglée par MM. Pierre Duval et Proust (Les prosecteurs : Chirurgie de l'appareil génital de la femme) et qui se compose elle-même des cinq temps suivants :

1° Incision, dédoublement du périnée et découverte du bord inférieur des releveurs ;

2° Section de la bandelette recto-vaginale et décollement du rectum et du vagin ;

3° Dénudation des faces internes des deux releveurs ;

4° Suture musculaire ;

5° Reconstitution des plans superficiels et suture cutanée.

On voit que le procédé de Doyen comprend somme toute deux opérations bien distinctes, mais complémentaires l'une de l'autre : l'ablation de l'utérus, la réfection

de la paroi vaginale et du périnée. Il est bon, pour ne pas fatiguer inutilement la malade, d'exécuter autant que possible les deux opérations dans la même séance. Pour cela on assurera l'hémostase par des ligatures sur les vaisseaux et non par des pinces, de façon à pouvoir fermer la plaie vaginale et procéder ensuite facilement aux manœuvres de la restauration vagino-périnéale.

CHAPITRE II

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE PROLAPSUS

Quelque facile et bénigne que soit l'opération que nous venons de décrire, elle ne peut pas être une méthode curative applicable indistinctement à tous les prolapsus génitaux chez la femme.

Certains cas seuls sont justiciables de l'intervention opératoire qui ne doit jamais être qu'un pis-aller. Il importe donc d'en bien préciser les indications, et c'est ce que nous tâcherons de faire à la suite de tous les auteurs qui se sont occupés du traitement des prolapsus utérins.

Il n'est pas inutile à ce point de vue de diviser tout d'abord les prolapsus en deux grandes classes : les prolapsus incomplets et les prolapsus complets dans lesquels l'utérus pend presque entièrement à la vulve, et de voir quelles ressources nous offre la thérapeutique dans ces deux cas bien différents.

Contre le prolapsus incomplet, dans lequel la matrice arrive à affleurer à la vulve sans jamais la franchir, le traitement habituel consiste à faire porter un pessaire à la malade, ou bien à soutenir l'organe à l'aide d'un tampon d'ouate. Si l'anneau vulvaire est à peu près intact, ce traitement suffit à soulager la femme. Il n'y faut pas songer dans le cas de prolapsus complet, car, pour que le pessaire maintienne en place l'utérus, il faut, comme le dit excellemment Quénu, qu'il soit lui-même soutenu par quelque chose.

Le massage a été également préconisé ; il facilite la réduction d'un utérus sorti et engorgé, diminue le poids et le volume de cet utérus, mais il ne fait rien pour la contention.

La kinésithérapie (méthode de Thure-Brandt est pour la même raison passible du même reproche.

La meilleure cure du prolapsus incomplet est encore la colpopérinéorraphie, la réfection du plancher périnéal. Nous avons vu qu'elle constituait également le dernier temps de l'opération de Doyen. Mais peut-elle à elle seule s'opposer au prolapsus complet ? Nous ne le croyons pas. La pression de l'utérus est telle en effet que le vagin et la vulve peu à peu distendus se laissent de nouveau franchir.

Il semblerait donc qu'on peut conclure que dans tous les cas où la colpopérinéorraphie est insuffisante, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas de prolapsus complets, l'hystérectomie vaginale soit indiquée. Il n'en est rien cependant.

A côté des avantages d'une méthode thérapeutique, il n'est que juste de placer aussi ses inconvénients.

Voici aussi brièvement résumée que possible une partie de la discussion que souleva la question du traitement

du prolapsus utérin à la séance du 7 février 1894 de la Société de chirurgie (Répertoire d'obstétrique et de gynécologie, page 107):

« A. Marchand dit que pour apprécier les motifs des déterminations dans le choix des méthodes applicables au traitement du prolapsus de l'utérus, et justifier les préférences, il est utile de préciser deux points :

» 1° La valeur pathologique de l'affection en elle-même ;

» 2° Les états anatomiques qui l'accompagnent et en sont les conditions pathogénétiques.

» Il faut entendre par valeur pathologique l'appréciation vraie des ennuis, des désagréments, de la gêne, des souffrances même qu'entraîne le prolapsus, et surtout des dangers réels plus ou moins immédiats qu'il fait courir.

» De toutes les malades qu'A. Marchand a interrogées avec soin, aucune ne présentait d'accidents sérieux du fait de son infirmité. Il a vu des malades portant, depuis plusieurs années, un prolapsus complet et non maintenu, se plaindre seulement de la gêne et des ennuis que leur causait la présence de la tumeur, soumise à toutes les causes d'irritation possible.

» Par un singulier contraste, des malades jeunes encore, dans la période génitale, semblent souffrir bien davantage du fait de lésions beaucoup moins avancées. De simples prolapsus du vagin coïncidant avec une déchirure incomplète du périnée causent dans les efforts voulus, ou nécessités par des actes physiologiques, un sentiment fort pénible de malaise et de faiblesse locale dont les malades se rendent parfaitement compte.

» Quoi qu'il en soit, et sans nier les accidents graves notés par divers chirurgiens, on peut considérer que, dans la plupart des cas, le prolapsus, même complet et

non réduit, ne constitue qu'une infirmité, pénible à coup sûr, mais compatible avec une santé presque parfaite.

» A une infirmité si peu offensive, il convient d'opposer un traitement également dépourvu de danger ; car il faut encore noter que bon nombre de malades refusent toute intervention sanglante, ne réclament souvent que le secours d'un appareil qui puisse suppléer à l'insuffisance des pessaires. L'hystérectomie ne peut prétendre à un degré d'innocuité suffisant, puisque, et le fait est assez paradoxal pour être signalé, sa mortalité devient relativement considérable lorsqu'elle est appliquée à la guérison des prolapsus. C'est ce que démontre la récente statistique dressée par M. Hartmann. Si l'affection se produit pendant la période génitale, à moins de motifs bien pressants, peu de chirurgiens consentiraient à infliger aux malades une aussi fâcheuse mutilation. Des exemples si nombreux qu'ils ne sont point à compter montrent que les femmes affligées de prolapsus complet et maintenu, soit à l'aide d'un pessaire, soit par le fait d'une colporraphie, ont pu concevoir et accoucher à plusieurs reprises. »

Nous avons tenu à citer ce passage en entier pour bien montrer que, si nous n'admettons pas les conclusions pessimistes de l'auteur touchant la mortalité de l'hystérectomie dans le prolapsus, conclusions que ne justifient pas les observations que nous reproduirons à la fin de ce travail, nous n'en pensons pas moins avec lui que cette opération présente une certaine gravité, et qu'il n'y faudra recourir que dans certains cas bien déterminés.

Le chirurgien ne saurait, en effet, de propos délibéré, pratiquer l'hystérectomie chez une femme jeune encore, susceptible d'être fécondée, pour une lésion à laquelle d'autres interventions peuvent remédier.

D'une manière générale, l'hystérectomie est indiquée toutes les fois qu'il existe une lésion de l'organe, telle que gangrène, fibrome, cancer, suffisante à elle seule pour motiver l'intervention. L'irréductibilité absolue, extrêmement rare d'ailleurs, constituera aussi une indication d'intervenir par l'hystérectomie vaginale.

Dans tous les autres cas, l'opportunité de l'hystérectomie peut être discutée. On n'y songera pas, bien entendu, si l'on a l'espoir, par une simple opération plastique sur le vagin, de maintenir suffisamment l'utérus. Mais si cette restauration du plancher pelvien doit être inefficace, aura-t-on recours à l'hystérectomie vaginale ou à l'hystéropexie abdominale antérieure? Ici se pose la considération importante de l'âge de la malade. Est-ce une femme jeune, encore loin de la ménopause, nous pratiquerons l'hystéropexie abdominale qui lui permettra d'être fécondée et de mener à bien une ou plusieurs grossesses. Lorsqu'au contraire nous aurons affaire à de vieilles femmes ayant atteint ou dépassé la ménopause, porteuses d'un utérus constamment dehors, largement ulcéré, donnant lieu à des écoulements variés, muco-purulents ou sanguinolents, nous ferons l'hystérectomie vaginale, surtout si ces utérus sont gros et allongés.

Cette opinion n'est pas seulement la nôtre, c'est aussi celle de Quénu qui s'exprime en ces termes : « L'hystérectomie me paraît moins grave, même dans les cas simples, que la ventro-fixation. Je ne saurais trop répéter que je n'ai en vue que les femmes âgées artério-scléreuses la plupart, emphysémateuses souvent, chez lesquelles toute laparotomie présente toujours un aléa. Chez de telles malades, l'hystérectomie vaginale me paraît au contraire une opération bénigne, sans aucun retentisse-

ment sur l'état général, sans aucune réaction appréciable. » (Quénu, Annales de gynécologie et d'obstétrique.)

M. Quénu conseille donc l'hystérectomie vaginale contre le prolapsus total chez une femme ayant atteint la ménopause, à condition toutefois que l'état du périnée et du vagin permette de restaurer utilement l'appareil de soutènement.

Pour M. Pozzi, une autre indication, c'est la présence dans le prolapsus d'un col hypertrophié avec développement exagéré des parois vaginales inversées.

Dans le relâchement de l'appareil ligamenteux de l'utérus, quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus, ou encore dans les prolapsus irréductibles, l'hystérectomie vaginale sera absolument indiquée.

On devra y recourir encore dans les prolapsus compliqués de fibrome, de cancer ou de grangrène. Mais dans ces cas l'intervention est commandée plutôt par les lésions concomitantes de l'organe que par le prolapsus lui-même.

De même les lésions inflammatoires des annexes, si l'on n'a plus l'espoir de les voir rétrocéder, légitiment l'intervention.

Nous considérons enfin comme dernière indication les cas où les autres méthodes thérapeutiques auront échoué, et ceux à la vérité assez rares où les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables.

Les contre-indications seront tirées du jeune âge et de l'état général des malades. En règle générale, l'hystérectomie ne doit être pratiquée qu'après la ménopause ou chez les femmes qui sont assez proches de cette époque.

Aux autres, c'est-à-dire aux femmes encore jeunes, bien réglées, sans lésions graves de l'utérus ou des annexes,

qui peuvent encore être fécondées, le chirurgien proposera l'hystéropexie abdominale antérieure d'après le procédé de Terrier que nous n'avons pas à décrire ici.

Telles sont les indications de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin. Nous allons maintenant dans un nouveau chapitre essayer de montrer pourquoi, quand elle indiquée, c'est au procédé de Doyen qu'il faudra recourir à l'exclusion de toute autre méthode.

CHAPITRE III

AVANTAGES DU PROCÉDÉ DE DOYEN

Facilité, rapidité et surtout innocuité à l'égard de la vessie, tels sont les trois grands avantages de l'opération de Doyen. De tous les procédés qui ont été proposés, le plus ancien (en France du moins), celui de Richelot, comme le plus couramment employé, celui de Pozzi, en passant par ceux de Fritsch, de Péan, de Quénu, de Müller, aucun ne peut prétendre à notre avis à une égale simplicité.

Sans doute, lorsqu'on s'attaque à un utérus complètement sorti à la vulve, le manuel opératoire est de beaucoup simplifié si on le compare à ce qui se passe lorsque l'organe occupe sa situation normale dans le bassin. Tout se passe à ciel ouvert : les ligaments larges sont abaissés et la ligature en est facile à faire. Mais, même dans ces conditions évidemment communes à tous les procédés, l'opération de Doyen paraît l'emporter par une facilité plus grande.

Comment procèdent en effet la plupart des auteurs que nous avons précédemment cités ? A l'aide d'un bistouri et près du museau de tanche on pratique tout autour une incision circulaire intéressant seulement les insertions vaginales. Pozzi, qui n'a fait que reprendre en le modifiant le procédé de Fritsch, circonscrit au bistouri un grand lambeau triangulaire sur la paroi vaginale antérieure et dont le sommet répond au voisinage du méat urinaire. Ces diverses façons de procéder demandent un tour de main particulier qu'on ne peut obtenir qu'en tâtonnant et jamais du premier coup.

L'incision transversale dans le cul-de-sac vaginal postérieur qui constitue le premier temps de l'opération de Doyen ne présente pas évidemment cette difficulté. Les autres temps sont de la même simplicité. Hémisection de l'utérus, comparée au morcellement de la matrice (procédé de Péan), qui doit être une opération assez longue et assez difficile. Rotation et ligature des ligaments larges. Fermeture du péritoine et section des ligaments larges. La colporraphie et la colpopérinéorraphie sont sans doute les temps les plus délicats de l'opération de Doyen. Mais ils font au même titre partie des autres procédés.

De cette facilité même découle la rapidité de l'opération, rapidité qui lui a valu la désignation significative d'hystérectomie en cinq minutes. Cette rapidité constitue un avantage précieux puisqu'elle permet de diminuer la longueur de la séance d'anesthésie, surtout chez les malades vieilles, usées et souvent en état de déchéance organique avancée, « ces femmes âgées, artério-scléreuses pour la plupart, emphysémateuses souvent », dont parle Quénu, et chez qui la chloroformisation constitue à elle seule un danger sérieux.

Voici d'ailleurs les propres expressions du docteur Doyen : « Huit minutes après le premier coup de ciseaux sur la muqueuse vaginale, l'opération était terminée et la malade aussitôt après posée sur le lit roulant et reconduite dans sa chambre. Nous avons opéré tellement de fois dans ces conditions, devant nombre de confrères, et tout particulièrement devant notre maître M. L. Labbé, que nous croyons devoir signaler ces détails en faveur de notre procédé. » (Archives provinciales de chirurgie, 1892.)

Mais la facilité et la rapidité d'exécution d'une opération seraient peut-être de médiocres avantages s'il ne s'y joignait la plus grande innocuité possible. Dans la plupart des observations assez nombreuses d'hystérectomie vaginale que nous avons étudiées revient un fait sur lequel nous voudrions insister : c'est la difficulté qu'éprouvent les chirurgiens à décoller la vessie de la paroi antérieure du vagin. Quelquefois même la blessure de cet important viscère est notée.

Il serait d'ailleurs étonnant qu'il n'en fût pas ainsi dans la plupart des procédés que nous avons cité sans les décrire.

La vessie est presque constamment entraînée dans le prolapsus de la matrice ; elle s'étale au-dessous et souvent même en avant de la symphyse (vessie en bissac, en sablier).

Si donc le chirurgien s'attaque directement à la paroi vaginale antérieure qui est souvent amincie, ne craint-il pas de dépasser le but qu'il se propose et d'aller perforer la vessie immédiatement sous-jacente : blessure dont les conséquences septiques (cystite, urétérite, pyélo-néphrite) sont à redouter.

Si même il évite cet accident fâcheux, il éprouvera

sans doute dans la plupart des cas une réelle difficulté à décoller la face postérieure de la vessie de la face antérieure du vagin. En effet, l'adhérence de ces deux parois est telle, surtout dans les prolapsus anciens, qu'elles arrivent à n'en former pour ainsi dire qu'une seule.

Mais si, comme le conseille Doyen, nous attaquons le prolapsus dans ce qui primitivement était le cul-de-sac vaginal postérieur, nous ne courons aucun danger d'atteindre la vessie qui est, si l'on peut ainsi dire, à l'autre bout du champ opératoire. Et plus tard, quand, n'étant plus gênés par l'utérus qui est basculé en arrière et partagé en deux moitiés, nous voudrons décoller la vessie, il nous sera bien plus facile de le faire de haut en bas qu'il ne l'était tout à l'heure de bas en haut.

Un dernier avantage enfin de l'opération de Doyen, c'est l'emploi systématique des ligatures à l'exclusion des pinces hémostatiques. Un des accidents post-opératoires les plus communs provient de l'hémostase incomplète. De nombreux chirurgiens, en effet, ont conservé la pratique de laisser des pinces de Péan sur les ligaments larges deux ou trois jours après l'opération ; pratique mauvaise à notre avis, et pour les motifs suivants. Une pince peut céder, déraper, se décrocher et donner lieu à une hémorragie sérieuse, inquiétante, parfois mortelle. Si l'on arrive à temps pour s'en apercevoir, il sera en général possible d'y remédier de suite et de la remettre en place : la malade ne s'en ressentira probablement pas.

Mais une telle hémorragie peut être méconnue au début et l'opérée tombera dans un collapsus qui sera le plus souvent mortel. Il nous semble que les ligatures perdues des ligaments larges ne présenteront pas les mêmes inconvénients quand elles seront bien pratiquées.

Elles auront en outre l'avantage de ne pas opérer de tractions sur les annexes de l'utérus, de ne pas tirer d'une manière indirecte sur les parois vaginales prolabées antérieurement qui, même réduites, tendent à une chute nouvelle, et dont le chirurgien essaie principalement d'amener une réduction aussi complète que définitive. Au bout de quarante-huit heures, délai fixé pour enlever les pinces, il s'est déjà formé des adhérences qui empêcheront le refoulement complet du vagin s'il ne s'est pas produit aussitôt après l'opération.

Il n'est que juste de dire maintenant que la plupart des chirurgiens adoptent cette manière de voir et que la pratique des pinces à demeure dans l'hystérectomie vaginale paraît aujourd'hui complètement abandonnée.

La pratique d'ailleurs établit d'une façon bien nette, à notre avis, la supériorité du procédé de Doyen, comme nous le verrons par les observations qui vont suivre. De ces observations, les unes, empruntées aux auteurs classiques, se rapportent à des cas de prolapsus opérés par des procédés autres que celui de Doyen : on y notera presque constamment des difficultés dans le décollement de la vessie. Les autres (Obs. VII, VIII et IX), dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran, et l'Obs. VI, empruntée par nous à la thèse du Dr Lanique (Nancy 1894), relatent des cas traités par la méthode de Doyen. On y remarquera le peu de difficultés du côté de la vessie, l'absence de complications fâcheuses, enfin la rapidité vraiment étonnante de l'intervention.

OBSERVATIONS

Observation I

(Résumée)

Hartmann et Du Bouchet.— Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894)

Femme R., 67 ans, entre à l'hôpital le 17 juillet 1893.

Pas d'*antécédents héréditaires*. — Deux grossesses à terme, la dernière à 24 ans. Il n'y a pas plus de 6 mois que l'utérus sort de la vulve : au début elle le rentrait elle-même ; depuis 3 mois elle ne peut y parvenir. Aucune douleur. Constipation et difficultés de la miction.

Examen.—L'utérus pend entièrement hors de la vulve, il existe une inversion totale du vagin. L'extrémité du museau de tanche est largement ulcérée et de la cavité utérine il s'écoule du muco-pus.

Hystérectomie vaginale, le 12 août 1893. Incision circulaire de la muqueuse au pourtour du col, décollement

de la muqueuse vaginale en arrière et ouverture du cul-de-sac rétro-utérin. En avant *la séparation est pénible et nous mettons assez longtemps à libérer la vessie.*

Afin de manœuvrer plus facilement, nous lions les deux côtés de la partie inférieure des ligaments larges et terminons ensuite la libération de la face antérieure de l'organe. Forcipressure de la partie supérieure des ligaments larges.

Suites bonnes, la malade sort de l'hôpital le 31 août.

Observation II

Hartmann. — Résumée.

H. C., 61 ans. Entre, le 23 décembre 1893, à l'hôpital Bichat.

Pas d'*antécédents héréditaires*.—Deux accouchements, le dernier il y a 21 ans.

L'utérus serait apparu pour la première fois à l'extérieur il y a cinq mois, pendant un effort.

Actuellement. — Chute complète de l'utérus avec inversion totale du vagin. Museau de tanche largement ulcéré. L'état général de la malade est bon.

Hystérectomie vaginale procédé de Fritsch le 2 janvier 1894.

Ouverture du cul-de-sac postérieur recto-utérin par

une incision en V de la muqueuse vaginale postérieure. On cherche le fond de l'utérus qu'on bascule dans la plaie : on place deux ligatures sur les ligaments larges à droite et à gauche. Revenant alors à la face antérieure on comprend dans un vaste l presque toute la portion de la paroi vaginale correspondant à la vessie.

La préparation du lambeau vaginal est difficile et ne peut être faite qu'au bistouri. Commencée au niveau de l'urètre, elle est continuée d'avant en arrière jusqu'à l'utérus.

Arrivé à celui-ci, nous continuons à progresser, marchant non plus entre la muqueuse vaginale et la vessie, mais entre l'utérus et la vessie. *La dissection continue à être difficile tant et si bien que nous incisons dans le tissu utérin pour être sûr de ménager la vessie.*

Pendant les manœuvres nous pénétrons trop avant dans l'utérus et ouvrons la cavité utérine. Aussi, pour nous guider, introduisons-nous un doigt par l'incision postérieure jusque dans le sac vésico-utérin. Mieux guidé, dès lors, nous reprenons la dissection d'une manière régulière et ouvrons le cul-de-sac péritonéal antérieur. Nouvelle ligature des ligaments larges, puis on les sectionne et on enlève l'utérus.

Suites bonnes. — Guérison complète.

Observation III

(Le Dentu)

X..., 39 ans. Prolapsus complet. Cystocèle, rectocèle. Lésions des annexes gauches.

Hystérectomie. *Pendant l'opération, blessure de la vessie.* Suture après, fistule fermée. Adhérences intimes entre l'utérus et la vessie, suites immédiates bonnes. Opération en mai 1892.

En janvier 1894, cystocèle et rectocèle énormes.

Observation IV

Pozzi. — Résumée

Désirée M..., 49 ans. Prolapsus complet avec hypertrophie de la portion sus-vaginale du col. Annexes saines. Symptômes fonctionnels : gêne dans la marche, tiraillements douloureux dans la région du bas-ventre et douleurs lombaires, quelques pertes blanches.

Opération le 5 mai : hystérectomie vaginale, colpor-

raphie antérieure et périnéorraphie. On circonscrit sur la muqueuse vaginale antérieure un grand lambeau triangulaire ; pour faciliter la dissection de ce lambeau et prévenir la perforation de la vessie, une sonde d'homme à demeure est préalablement introduite dans celle-ci. La vessie est disséquée aux ciseaux et peu à peu détachée de la face antérieure du col ; ce temps est particulièrement délicat, car la vessie descendait extrêment bas. Ligatures et section des ligaments larges. Suture du vagin en avant et en arrière. Périnéorraphie.

Durée de l'opération complète : 1 heure 10 minutes.

Mort 11 jours après par infection provenant sans doute du streptocoque. Les éponges paraissent devoir être incriminées.

Observation V

Gros, *in* thèse Lanique. — Résumée)

Caroline M..., âgée de 58 ans. Prolapsus complet très volumineux. Facilement réductible, mais, au moindre mouvement de la malade, sort de nouveau.

Hystérectomie vaginale le 18 décembre 1893. On fait une incision circulaire autour du col utérin et on décolle l'utérus du tissu cellulaire antérieur et postérieur. *Ce temps est très difficile et s'accompagne d'un écoulement de sang notable, surtout au niveau de la vessie.* Section, après ligature, des ligaments larges. Sutures. Suites bonnes.

Observation VI

(Monod, *in* thèse Lanique. — Résumée)

P. B..., 50 ans. Entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 7 juillet 1893. Pas d'antécédents héréditaires notables. Réglée à douze ans ; mariée à vingt-six ans, a eu cinq grossesses dont les suites ont été régulières. La ménopause s'établit depuis quelque temps, pas de règles depuis quatre mois. Col à la vulve un mois avant son entrée à l'hôpital. Troubles de la motilité s'accentuant progressivement avec le prolapsus. L'utérus est facilement refoulé, mais revient aussitôt à sa position première.

Etat actuel. — Depuis un an, la malade ne peut marcher ; elle reste étendue soit au lit, soit sur un canapé.

Aucun signe bien net de tabes. Aucun stigmate hystérique.

M. Monod considérant que le prolapsus utérin et l'impotence paraissent s'être développés parallèlement, qu'il pourrait y avoir entre ces deux faits plus d'une coïncidence, estime qu'il y a lieu dans ce cas de procéder à la cure radicale du prolapsus par l'hystérectomie, avec l'espoir que, du même coup, l'état fonctionnel des membres inférieurs pourra être heureusement modifié.

Opération le 15 juillet. — *Hystérectomie vaginale par*

le procédé de Doyen: elle est d'une extrême simplicité. L'utérus est enlevé en six minutes.

15 juillet soir. — Apyrexie. Quelques soubresauts dans les membres inférieurs, la cuisse se relevant sur le bassin.

16 juillet.— T. 37°8. Bon état général. La malade, priée de soulever sa jambe, les soulève l'une après l'autre, en détachant les talons du lit (ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération), à son étonnement et à sa grande joie.

17 juillet. — Les pinces sont enlevées le matin. A sept heures du soir, hémorragie arrêtée par un tamponnement immédiat.

20 juillet. — Tamponnement enlevé, pas d'hémorragie. Très bon état général. Apyrexie complète. La malade soulève les deux jambes très facilement.

29 juillet. — La malade peut être considérée comme guérie de son opération. Depuis deux jours elle se lève. Elle marche en levant les jambes et sans appui. Il lui reste cependant de la faiblesse et elle ne peut rester longtemps debout. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Pas d'anesthésie, pas d'atrophie musculaire. Elle sort de l'hôpital dès les premiers jours d'août pour aller dans une maison de convalescence.

Janvier 1894. — Elle est revue chez elle par mon interne. Il constate que l'amélioration survenue après l'opération persiste. La malade, fort satisfaite de son état, n'est plus condamnée au repos, elle vaque à ses occupations dans l'appartement. Elle marche sans cannes ni béquilles, mais toujours à petits pas et lourdement comme si elle n'osait encore se fier à la solidité de ses membres inférieurs. Le prolapsus ne s'est pas renouvelé.

Observation VII

Personnelle

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran)

Prolapsus total, col ulcéré. — Hystérectomie vaginale (opération de Doyen).— Guérison.

Madame X..., de Marcillan, 45 ans, vient nous consulter pour une chute de la matrice datant d'environ douze ans. Rien de notable dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu 3 grossesses ; la première, il y a douze ans, a été suivie d'une déchirure du périnée. La deuxième grossesse date de neuf ans, la troisième de six ans.

Histoire de la maladie. — Il y 12 ans, c'est-à-dire après son premier accouchement, la malade s'est aperçue que l'utérus lui pendait à la vulve : il était alors parfaitement réductible. Depuis six mois le prolapsus est complet et ne se réduit plus.

Etat actuel. — Nous trouvons à l'examen un utérus complètement prolaté, ballottant entre les cuisses de la femme : il présente absolument la forme et l'apparence générale d'un pénis. Sur le col, au-dessous de l'orifice utérin et occupant un peu plus du quart inférieur de la

circonférence, est une vaste ulcération, dure, d'apparence suspecte et sur la nature de laquelle nous préférons ne pas nous prononcer.

Le col est lui-même ouvert et très hypertrophié. La cavité utérine mesure à l'hystéromètre 10 cm. de longueur.

Nous constatons enfin une déchirure ancienne du périnée qui lui-même est très aminci.

L'état général de la malade est bon et rien ne contre-indique l'opération que nous proposons et qui est acceptée.

Nous la pratiquons le 21 septembre 1905 à l'hôpital suburbain. Nous faisons l'opération de Doyen avec colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie d'après le procédé de Doléris.

Les suites de l'opération ont été bonnes, les résultats excellents.

Remarques particulières. — Néant.

Observation VIII

(Personnelle

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran)

Prolapsus total, col non ulcéré. — Hystérectomie vaginale (opération de Doyen). — Guérison.

Madame X..., de Villevieille, est âgée de 68 ans. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents

personnels, deux grossesses, pas de déchirure du périnée.

A l'examen nous voyons un prolapsus complet, utérus absolument hors de la vulve. Le col n'est pas hypertrophié et ne présente aucune ulcération. Le périnée n'est ni déchiré ni aminci.

L'hystérectomie (procédé de Doyen) a été particulièrement pénible, au moins dans ces derniers temps ; le col en effet était comme rongé et disparu ; la vessie, énorme et fort mince, était descendue jusqu'à l'orifice utérin et l'on craignait à chaque instant de la blesser. Avec beaucoup de précautions on parvint cependant à l'éviter.

Nous avons également dans ce cas pratiqué la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie par le procédé de Doléris.

Les suites de l'opération ont été bonnes et les résultats excellents.

Observation IX

(Thèse Durand, Montpellier, 1908)

Prolapsus utérin total. — Cancer du col au début. — Hystérectomie vaginale. — Infection post-opératoire. — Electrargol. — Guérison.

Madame C..., boulangère, âgée de 70 ans, à la suite de nombreux accouchements présentait une déchirure du

col, qui depuis 5 à 6 ans avait dégénéré en prolapsus utérin complet.

C'est une femme vigoureuse, travaillant beaucoup et ne présentant aucune tare.

Examen local. — On constate que tout l'utérus est constamment tenu hors de la vulve ; le col présente à droite une ulcération demi-circulaire suspecte.

Le plancher périnéal est détruit : on peut cependant rentrer l'utérus avec un peu de patience.

1 novembre 1907. — Opération. — Anesthésie générale au chloroforme. Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen qui consiste à sectionner l'utérus en commençant par sa face postérieure. Colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie par le procédé de Doléris. Ablation de quelques hémorroïdes.

On donne à la malade de l'opium (extrait thébaïque 0,08) pour la constiper.

Suites post-opératoires. — 20 novembre. — Soir, température 37°. Pouls 84. Le facies est bon, pas de vomissements.

21 novembre. — Soir, T. 38°5. Pouls 100. La malade a fait quelques gaz, la langue est sale ; quelques nausées : ballonnement commençant du ventre, surtout sensible à l'épigastre.

22 novembre. — Matin, T. 37°5. Soir, T. 38°5. Pouls 100-110 ; même état général, facies un peu cerné ; on craint une menace d'infection péritonéale post-opératoire et, à 7 heures du soir, on injecte 10 cc. d'électrargol (injection intra-musculaire).

23 novembre.— Matin, T. 37°. Pouls 112. Soir, T. 38°4. Pouls 120. On fait le matin une nouvelle injection de 10 cc. d'électrargol.

24 novembre. — Matin, T. 37°. Soir, T. 38°. Pouls 108.

Le facies est bon, émission de gaz par l'anus, le ballonnement semble diminuer, légère infection de la plaie périnéale. On fait le soir une troisième injection d'électrargol 10 cc.

25 novembre. — Matin, T. 37°2. Pouls 108 ; Soir, T. 37°7. Pouls 100. La malade émet une selle abondante, accompagnée de nombreux gaz, ce qui contrarie beaucoup à cause des nombreux fils périnéaux. Electrargol 10 cc.

26 novembre. — Matin, T. 37. Soir, 38°. Pouls 100. Facies bon, langue sale ; nouvelle selle ; le ventre se dégonfle.

27 novembre.— Matin, T. 37° ; 37°2 le soir. Pouls à 100. Les jours suivants la malade se trouve bien ; les fils sont enlevés au dixième jour.

CONCLUSIONS

De l'étude attentive des considérations qui précèdent nous pouvons tirer les conclusions que voici :

1° Le procédé de Doyen est applicable dans tous les cas de prolapsus utérin où l'hystérectomie est indiquée.

2° Il est plus facile, d'une exécution plus rapide et plus sûre :

a) Sa rapidité le recommande dans tous les cas où il est indiqué d'aller vite ;

b) Son innocuité à l'égard de la vessie doit le faire préférer d'une façon générale à tous les autres procédés, en particulier à celui de Pozzi.

3° Il est utile, toutes les fois que la chose est possible, d'y joindre la myorraphie antérieure (procédé de Chaput) et la myorraphie postérieure (procédé de Duval et Proust).

4° Ses indications et contre-indications générales sont celles de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Archives Provinciales de Chirurgie, 1892.

Beis. — Myorraphie antérieure des releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux de la femme. Thèse Montpellier, 1906.

Bellicaut. — De l'hystérectomie vaginale dans quelques cas de prolapsus utérin. Thèse Paris, 1894.

Bouilly. — Rapport au Congrès de chirurgie, 1896.

Boeckel. — Traitement des prolapsus génitaux chez les vieilles femmes. Gazette médicale, Strasbourg, 1897.

Delagenière. — Chirurgie de l'utérus.

— Congrès français de chirurgie, 1896.

Doyen. — Technique chirurgicale, 1897.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Durand. — Thèse Montpellier, 1908.

Faure. — Presse médicale, octobre 1896.

Gazette des hôpitaux, 1898 et 1906.

Hartmann et Du Bouchet. — Hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894.

Inglessi. — Thèse Paris, 1901-1902.

Jacob. — Annales de l'Institut Sainte-Anne, 1890.

Jardin. — L'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin total. Thèse Paris, 1901.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.

Lamand. — Thèse Lille, 1894-1895.

Lanique. — De l'hystérectomie vaginale totale appliqué au traitement du prolapsus utérin. Th. Nancy, 1894.

Lecompte. — Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale. Th. Paris, 1894.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Lejars. — Société de chirurgie, 1893.

— — 1894.

Monod et Vanverts. — Traité de technique opératoire.

Petit. — A propos du traitement du prolapsus génital. Semaine gynécologique, février 1897.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

— De l'hystérectomie comme traitement dans le prolapsus génital complet. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894.

Prieur. — Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale. Thèse Paris, 1893-94.

Les Prosecteurs. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme.

Quénu. — L'hystérectomie vaginale et la chute de l'utérus. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894.

— Du traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1894.

Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie. — Hystérectomie dans le prolapsus.

Richelot. — Chirurgie de l'utérus, 1902.

Société de chirurgie, 1902.

— — 1905.

Terrier. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1889.

Vaton. — Thèse Bordeaux, 1890.

Zolonitsky. — Hystérectomie vaginale contre les prolapsus génitaux. Thèse Paris, 1894.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 novembre 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIT.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 novembre 1909.
Pour le Doyen, l'Assesseur délégué,
SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!